

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 146

DE LA

CÉSARIENNE VAGINALE

SES INDICATIONS ACTUELLES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mai 1920

PAR

BONA (Louis-Julien-Fortuné)

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 1^{er} Juin 1890

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ DE ROUVILLE, Profes. adjoint. *Président.*
ESTOR, Professeur.
RICHE, Agrégé.
P. DELMAS, Agrégé.

} Assesseurs,



MONTPELLIER

" L'ABEILLE " IMPRIMERIE COOPÉRATIVE

14. Avenue de l'omaise — Téléphone : 8-78

1920

DE LA
CÉSARIENNE VAGINALE
SES INDICATIONS ACTUELLES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N°146

DE LA

CÉSARIENNE VAGINALE

SES INDICATIONS ACTUELLES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mai 1920

PAR

BONA (Louis-Julien-Fortuné)

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 1^{er} Juin 1890

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

DE ROUVILLE, Profes. adjoint, *Président.*

ESTOR, Professeur.

RICHE, Agrégé.

P. DELMAS, Agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

“ L'ABEILLE ” IMPRIMERIE COOPÉRATIVE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN.
N.....	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. ✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie	HEDON (✱).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DU CAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (II.)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (✱).
Microbiologie	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. ✱), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé (ch. de c.).
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé (ch. de c.).
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (c. d. c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé (c. d. c.).
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (✱) (Dr) (c. d. c.).

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFEITZ (✱).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (✱) ch. d'ag.
GAUSSEL (✱).	J. DELMAS (✱).	
RICHE.	RIMBAUD (✱).	

Examineurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, prof. adj., présid^t; ESTOR, profes.; RICHE, agrégé;
P. DELMAS, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PAUVRES GRANDS-PARENTS CHÉRIS

À MA PAUVRE MÈRE CHÉRIE

*Son amour, sa sollicitude ont
été sans bornes. Son souvenir
impérissable est mon plus ferme
soutien et me guide dans la vie.*

A MON PÈRE CHÉRI

*Je lui dois tout... Faible témoi-
gnage de reconnaissance pour
tous les sacrifices qu'il a faits
pour moi.*

A MON FRÈRE, A MA BELLE-SŒUR CHÉRIS

*Modeste marque de ma plus
grande et inaltérable affection.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUE J'AIME

L. BONA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS.
RICHE ET P. DELMAS

A TOUS MES MAÎTRES DE MONTPELLIER

A TOUS MES MAÎTRES DE PARIS

L. BONA.

AVANT-PROPOS

Au moment de soutenir notre thèse inaugurale, couronnement de notre labeur, quand nous regardons le chemin parcouru depuis nos débuts d'étudiant, et après les péripéties sans nombre de cette longue et atroce guerre, qui a bouleversé le monde et les esprits, nous ne pouvons nous défendre d'un sentiment de joie et de satisfaction en même temps que d'un sentiment de tristesse qui étreint notre cœur, en songeant à tous nos camarades disparus dans la tourmente.

Il nous est infiniment doux et agréable de nous remémorer et de revivre par la pensée, jusque dans leurs actes les plus simples et les plus éloignés, les belles années de notre vie d'étudiant, toutes pleines de jeunesse, ce précieux joyau dont l'éclat ternit bien vite, de passion et de volonté...

Pourquoi ne nous sentirions-nous pas ému, à la pensée de nous voir encore débutant dans ce Paris où nous avons appris à aimer la médecine? Durant trois années, avec l'ardeur de nos vingt ans, à la Faculté nous avons préparé nos premiers examens, tandis que dans les hôpitaux notre place d'externe nous ouvrait des horizons tout nouveaux et tout pleins de promesses... Aussi permettez-nous de rendre tout d'abord un respectueux hommage à tous nos maîtres de Paris dont les conseils inces-

sants furent si précieux pour nous assurer les premiers pas dans nos études médicales.

Mais il nous reste un bien doux devoir à accomplir avant de nous éloigner de Montpellier et de son Ecole : celui de remercier du fond du cœur les maîtres qui nous ont fait le plus bienveillant accueil. Dans cette vieille Faculté, grâce à une pléiade distinguée de maîtres éminents, dont la science ne fait qu'accroître la bonté, dans ses hôpitaux qu'illustrent des chefs de service aussi réputés que dévoués, nous avons pour ainsi dire été « façonné » à la vie médicale et nous sommes arrivé au terme de nos études. Aussi envers eux infinie est notre reconnaissance, profond est notre respect.

A M. le professeur De Rouville nous offrons l'hommage de tout notre respect pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Quant à M. le professeur Vallois, médecin en chef de la Maternité, dont les cliniques complètes, claires et intéressantes, ont contribué à nous faire aimer l'obstétrique, et nous ont été d'une grande utilité, nous le prions d'agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Nous remercions infiniment M. le professeur agrégé P. Delmas de nous avoir communiqué les observations qui font l'objet de notre travail. Nous avons suivi avec fruit pendant quelques mois ses leçons si captivantes et si méthodiques. Son enseignement éminemment plein d'intérêt nous rendra de grands services dans notre carrière médicale. Qu'il reçoive ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Nous adressons enfin nos plus sincères remerciements à M. le docteur Madon, chef de clinique à la Maternité, qui ne nous a point épargné ses précieux conseils.

DE LA

CÉSARIENNE VAGINALE

SES INDICATIONS ACTUELLES

INTRODUCTION

L'opération césarienne vaginale est très fréquemment pratiquée à l'étranger. En France, elle a été à ses débuts complètement rejetée de l'obstétrique. Elle tend aujourd'hui à y trouver un accueil plus favorable. La plupart des accoucheurs français ne la tiennent plus pour une opération d'exception et la considèrent comme pouvant rendre de très grands services (*Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, janvier 1915, P. Bar).

Après avoir fait une historique succinct et présenté quelques considérations générales sur la question, nous avons dans les parties suivantes tout d'abord traité la technique opératoire et ses complications; nous avons surtout insisté sur les indications actuelles et sur les contre-indications pour terminer par quelques conclusions d'ordre pratique.

Et notre travail sera étayé sur quelques observations et statistiques prises dans la littérature en même temps que sur trois interventions césariennes pratiquées par M. le professeur agrégé P. Delmas,

HISTORIQUE

Considérations générales

En publiant en 1858 son traité nouveau de l'hystérotomotomie ou enfantement césarien, Rousset avait résolu, au point de vue de la technique, le principal problème de l'obstétrique : la rapide évacuation de l'utérus en cas de danger pour la mère ou l'enfant.

Cette solution très heureuse n'avait pas été jugée satisfaisante par la majorité des accoucheurs pendant longtemps. A l'heure actuelle, bien comprise et à peu sûre au point de vue des résultats, grâce aux progrès immenses qu'a réalisés l'asepsie au siècle dernier, cette opération est pratiquée couramment, pourrait-on dire, dans tous les services obstétricaux. Mais, si la femme est infectée, de graves conséquences peuvent en résulter : la septicémie généralisée, la pyohémie avec leur dénouement fatal. Cette intervention devient alors l'opération obstétricale la plus dangereuse, puisqu'elle trans-

porte les microorganismes pathogènes de l'utérus dans la cavité péritonéale.

Aussi, en 1895, Dührssen proposa, pour vider extemporanément l'utérus, une solution non seulement complète au point de vue technique, mais encore recommandable dans certains cas spéciaux : nous voulons parler de la césarienne vaginale ou opération de Dührssen. Rapidement les accoucheurs allemands se rallient à cette opération, l'adoptent sans réserves, la préfèrent à la césarienne classique, en lui attribuant des indications par trop étendues. L'éclampsie, le placenta prævia, les hémorragies, les anomalies du col dues à un cancer, à la présence d'un myome, les bassins aplatis, la faible dilatation, la compression du cordon, les maladies du cœur et du poumon, etc., ne sont qu'une partie des indications envisagées par Dührssen et la plupart des accoucheurs allemands (David, Goffe). Certains d'entre eux ne sont pas aussi favorables à la césarienne vaginale. Ahlfeld, Olshausen, s'ils admettent la nouvelle voie dans les utérus cancéreux, lui reprochent dans les autres cas de multiplier les accouchements forcés et s'en tiennent plutôt à la césarienne classique abdominale. En somme, on peut dire qu'un immense engouement s'empara de presque tous les accoucheurs et gynécologues allemands, qui voyaient en cette intervention une solution à toutes les difficultés obstétricales.

En France, la césarienne vaginale a été peu faite au début en dehors de la clinique Tarnier. Petit à petit elle attira l'attention des accoucheurs français qui, sans attribuer à ses indications l'extension qu'on leur a donnée en Allemagne, la considèrent, sans méconnaître les risques qu'elle fait courir, comme pouvant être d'un grand secours.

C'est à Jeannin et Garipuy que revient le mérite d'avoir fait, les premiers, un exposé clair et méthodique de la question, dans la communication qu'ils ont produite devant le Congrès français de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, tenu à Toulouse en septembre 1910. Ces auteurs se sont efforcés de mettre en lumière les errements commis jusqu'à ce jour au point de vue de l'opportunité opératoire. La légitime inquiétude de tout praticien, lorsqu'il s'agit d'entreprendre un accouchement forcé et rapide, l'insuffisance ou l'impossibilité d'application des méthodes habituelles, dans certains cas, voilà, je crois, plus qu'il n'en faut pour comprendre tout l'intérêt qui s'attache à l'étude critique de cette méthode opératoire, si peu appréciée en France où elle n'avait trouvé jusqu'en 1910 presque aucun accueil.

« Pourquoi la césarienne vaginale était-elle frappée d'un tel ostracisme? En trouve-t-on la justification dans d'exceptionnelles difficultés opératoires? dans des risques capables de compromettre la santé ou même la vie de la femme? dans l'impossibilité d'en fixer les indications? Pour notre part, nous ne le croyons pas et nous sommes persuadé que cette méthode, employée à bon escient et par là même à titre rare, est de nature à rendre de grands services » (Jeannin et Garipuy).

La césarienne vaginale, pour Schwab, est surtout applicable à la grossesse compliquée de cancer. Pour Brindeau (qui a fait la première césarienne vaginale en France), pour Bar, l'hystérotomie cervicale, quand la voie haute est contre-indiquée, est supérieure à tous les procédés qui obligent à une dilatation violente et aveugle du col, ils l'utilisent couramment pour vider l'utérus dans l'avortement précipité. Enfin, en Angleterre et en Amérique, elle est en honneur actuellement et y consti-

tue, avec la césarienne abdominale, le traitement obstétrical de l'éclampsie (*Revue critique du traitement chirurgical de l'éclampsie*. Zinke. *The American Journal of obstetrics and diseases of women and children*, VI, 13). En Italie et en Espagne, où le Dr Parache a exécuté la première césarienne vaginale à Madrid en 1910, en Hollande (Amsterdam. Clinique du professeur Treub), en Suède, cette opération trouve un accueil de moins en moins réservé et cède de moins en moins le pas aux autres procédés de dilatation et d'évacuation rapide de l'utérus, tels que ballons de Champetier de Ribes, méthode bimanuelle de Bonnaire.

Avant d'entreprendre la discussion des indications actuelles de la césarienne vaginale, nous pouvons dire avec Jeannin et Garipuy que « cette intervention est indiquée chaque fois que, se trouvant dans la nécessité d'évacuer immédiatement l'utérus, l'accoucheur n'ose pas recourir à la césarienne abdominale, en raison de l'état de la femme, ou ne peut tenter la dilatation artificielle du col en raison du défaut de souplesse des tissus ». La césarienne vaginale peut donc être mise en parallèle suivant les cas avec la césarienne classique et l'accouchement accéléré. Moins élégante peut-être que la césarienne classique, la césarienne vaginale offre le grand avantage, lorsqu'elle est bien effectuée, de respecter l'intégrité du péritoine et d'éviter un choc opératoire trop intense. Aussi faut-il lui donner la préférence toutes les fois que nous nous trouverons en présence d'une femme infectée ou d'une femme fortement affaiblie par des hémorragies abondantes et fréquentes.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Ses complications

Il nous a été donné de lire à plusieurs reprises dans différents ouvrages que la césarienne vaginale était une « opération facile et simple ». Qu'est-il permis d'entendre par ces mots ? Est-ce vraiment une intervention que l'on peut exécuter sans autre éducation chirurgicale que la pratique des quelques opérations obstétricales ? Et de plus sommes-nous autorisés à affirmer que l'assistance d'une sage-femme peut suffire à l'opérateur dans les différents temps de la césarienne vaginale, comme l'a prétendu Dührssen ? C'est vraiment aller trop loin et se méprendre sur les conséquences que peut entraîner une intervention mal menée et mal exécutée.

Certes, la simplicité de la césarienne vaginale est réelle. Tout gynécologue sait par expérience que, chez une femme enceinte, les interventions sur l'appareil génital sont plus rapides et d'une extrême facilité en comparaison de celles qui se pratiquent chez toute autre femme normale. Les tissus ramollis, imbibés de sérosité,

sont plus facilement « malléables »; les séreuses, les plans de clivage se détachent mieux, offrent moins de résistance au décollement; les organes (vessie, uretère, etc.) moins fréquemment atteints... Et cette rapidité et facilité d'exécution sont d'autant plus grandes que la femme est plus près du terme.

En dehors de cette facilité d'exécution relative, il est intéressant de noter que quelquefois, dans des cas d'extrême urgence, la césarienne vaginale a pu être pratiquée avec le seul bagage obstétrical, au moyen d'une valve vaginale, des pinces de Museux, prévues pour la manœuvre du ballon, et de ciseaux droits destinés à la section du cordon. L'observation II de M. le professeur agrégé P. Delmas, qui se trouve à la fin de cette publication, en fait foi. Cette absence de difficultés semblerait impliquer pour ainsi dire un rôle presque passif de l'opérateur, et alors les différentes césariennes vaginales se copieraient les unes sur les autres, dans tous les cas. L'opérateur n'aurait aucune initiative; il lui suffirait de sectionner la région cervicale utérine en avant et en arrière pour avoir atteint son but. Il n'en est nullement ainsi, et tout accoucheur qui se décide à une telle intervention, et il faut insister sur ce point, doit être capable de faire suivre l'hystérectomie. Qu'une hémorragie grave se produise! Qu'une rupture utérine éclate soudainement! Qu'une circonstance imprévue entraîne la perforation de la vessie! Nous voilà devant des cas, gros de conséquences, qui peuvent entraîner, par notre inexpérience chirurgicale, la mort de la malade... Aussi doit-on exiger de l'accoucheur qui se charge d'une telle opération une éducation chirurgicale complète, une habitude opératoire et un doigté qui ne peuvent s'acquérir que dans la longue pratique des in-

terventions abdominales. Il serait téméraire d'entreprendre une césarienne vaginale, pour celui qui ne se trouverait, de par son expérience antérieure, en mesure de parer aux aléas qui peuvent surgir à tous moments. Inutile de dire enfin qu'il est des conditions d'assistance et d'asepsie qui interdisent la section césarienne vaginale aux praticiens isolés dans de petits centres, quelle que soit leur valeur professionnelle.

L'opération doit être faite sous l'anesthésie générale ou sous l'anesthésie locale. Si on a recours à l'anesthésie générale, on usera de préférence du chloroforme (Bar) ou de l'éther. Les circonstances imposeront souvent l'obligation d'être attentif et de n'employer que le minimum d'anesthésique. Une injection préalable de scopolamine-morphine peut alors être utile. Parfois l'anesthésie générale apparaîtra comme contre-indiquée. L'anesthésie locale à la manière de Reclus peut rendre de précieux services. On peut y avoir recours quand la grossesse est peu ou très avancée; il va sans dire que les cas les plus simples sont ceux où la grossesse est âgée de moins de cinq mois.

Quant à la rachianesthésie, elle fait l'objet de pas mal de controverses et ne serait à employer que dans les cas d'absolue nécessité (cardiaques, pulmonaires, rénaux, etc.) Pour Forgue, pour Riche, la rachinovocaïnisation lombaire semble présenter de plus grandes garanties de sécurité que la rachistovaïnisation et la rachicocaïnisation. Le Filliâtre, P. Delmas fondent de grands espoirs sur une méthode de rachicocaïnisation capable d'entraîner l'anesthésie haute. Pour ce dernier auteur, cette méthode est basée sur les principes suivants :

1° Spoliation du liquide céphalo-rachidien par ponction de 20 cm³.

2° Nouvelle aspiration de 20 cm³ qui dissolvent, dans la seringue, de la cocaïne chimiquement pure, de 1 à 5 cg., suivant la durée de l'anesthésie prévue pour l'opération (1 cg. pour une demi-heure).

3° Refoulement brusque par tourbillonnage dans la région lombo-sacrée du rachis.

D'après ces auteurs, l'innocuité du procédé s'ajoute à la certitude des résultats (aucun raté).

La technique de l'opération n'offre le plus souvent aucune difficulté. Le rectum et la vessie étant vidés, s'il s'agit d'une primipare à tissus étroits, il est indispensable de se donner du jour en pratiquant du côté droit, aux ciseaux ou au bistouri, une bonne incision vaginopérinéale, longue de 4 à 5 centimètres.

Avec deux valves vaginales, qu'un aide écarte au maximum, on découvre le col que l'on abaisse au moyen de deux pinces tire-balle placées aux deux extrémités de son diamètre transverse.

On pratique à ce moment la colpotomie antérieure ; on incise transversalement le cul-de-sac antérieur et on décolle de suite la vessie avec le doigt recouvert d'une compresse. Ce décollement se fait avec une très grande facilité, surtout si on procède à l'anesthésie locale. Il y a alors un œdème artificiel du plan de clivage qui rend celui-ci très apparent. On décolle ainsi la vessie jusqu'à la hauteur du cul-de-sac vésico-utérin, un peu moins haut, si la grossesse est peu avancée. On procède à ce décollement avec prudence et minutie, afin de ne pas érailler la séreuse, dont il faut, autant que possible, respecter l'intégrité. La paroi antérieure du segment inférieur apparaît alors bien à nu.

On incise cette paroi aux ciseaux droits et bien exactement sur la ligne médiane, depuis l'orifice interne du

col jusqu'au voisinage de la ligne où le péritoine adhère à l'utérus, sur une longueur de 11 centimètres environ. Cette incision saigne peu. Si la grossesse est avancée, et l'enfant volumineux, on procède à une colpotomie postérieure. On incise transversalement avec les ciseaux courbes la muqueuse vaginale à son union avec la paroi postérieure, et on décolle la partie rétro-cervicale du péritoine du cul-de-sac de Douglas, à la compresse. A ce moment, une incision longue de 6 à 8 centimètres environ est pratiquée bien exactement sur la ligne médiane de la face postérieure du segment inférieur.

Cette colpotomie postérieure avec incision de l'utérus est rarement indispensable. De plus, l'incision transversale antérieure à l'union du col du vagin suffit quand il s'agit d'une grossesse peu avancée; on l'agrandit par une incision longitudinale s'il s'agit d'une grossesse près du terme. Quelques opérateurs dilatent le col avec les bougies de Hégar avant de le séparer de la vessie et de l'inciser. D'autres introduisent, avant toute incision, un ballon au-dessus de l'orifice interne et s'en servent pour abaisser le col. Cette modification, désignée sous le nom de mètreuryséo-hystérotomie, est susceptible de rendre en pratique de grands services et de faciliter dans une certaine mesure la section césarienne vaginale classique.

L'enfant est extrait par le forceps dans le cas où la tête est engagée et facilement accessible, par la version podalique quand la présentation reste élevée et mobile. Ces opérations doivent être conduites avec douceur afin de ne pas risquer de voir s'étendre vers le corps les brèches créées sur le segment inférieur.

Après la sortie du fœtus, on délivre la femme sans

tarder, en prenant bien soin de ne pas laisser in utero des débris membraneux.

Enfin il n'y a plus qu'à réparer, par sutures au catgut, les lésions que l'on a artificiellement créées sur le segment inférieur. Les fils seront bien séparés et non pas en surjet, afin de bien coapter, sur toute leur longueur, les lèvres de la plaie. On laissera béantes les brèches vaginales antérieure et postérieure, dans lesquelles on placera un drain ou une mèche, pour prévenir la formation de tout thrombus capable de s'infecter. Enfin quelques crins de Florence au niveau de la plaie vulvo-périnéale et un pansement aseptique termineront l'opération.

L'opération n'est ordinairement pas difficile, mais elle peut être très laborieuse, surtout quand le fœtus est volumineux. Elle peut aussi entraîner certaines complications plus ou moins graves, telles que les ruptures utérines, les hémorragies, les lésions des organes voisins (perforation de la vessie, du Douglas), l'infection et les douleurs tardives au niveau des cicatrices. Dans une publication, Hauch cite trois cas de ruptures transversales de l'utérus intéressant le paramétrium, deux fois avec des hémorragies considérables, dues aux grands vaisseaux situés latéralement. Les lésions des organes voisins sont assez rares. La perforation de la vessie, les déchirures longitudinales de l'utérus ont été signalées et décrites ainsi que la non-cicatrisation et la cicatrisation incomplète des plaies chez des femmes infectées. L'hémorragie opératoire est un autre risque. Elle serait très faible lorsque l'incision est exactement médiane, importante seulement lorsque l'incision se prolonge en déchirure.

INDICATIONS ACTUELLES

La césarienne vaginale est indiquée toutes les fois qu'il y a urgence à évacuer rapidement l'utérus, lorsqu'on ne peut pratiquer la césarienne habituelle abdominale, en raison de l'état de la femme (état de moindre résistance, infection, anémie, tuberculose, cardiopathie, etc.) et lorsqu'on ne peut recourir à l'accouchement méthodiquement rapide en raison du manque de souplesse, de la dureté et de la non-dilatabilité des tissus cervicaux. Ce sera souvent le seul moyen de sauver la mère ou l'enfant, ou les deux, dans les cas d'extrême urgence.

Si nous nous trouvons d'une part en présence d'une indication presque formelle (dureté cervicale, infection), nous n'hésitons pas à dire d'autre part que l'on ne devra jamais, du premier coup, tenter la césarienne vaginale dans les cas de viciations pelviennes, si minimes soient-elles, car il serait vraiment désastreux d'intervenir chirurgicalement sur le col en vue de l'agrandir pour le passage futur du fœtus, alors que celui-ci ne pourra aucunement s'engager par suite du rétrécissement antéro-postérieur.

Cette vérité méritait d'être dite afin que le praticien

débutant n'oublie jamais, même dans les cas les plus pressés, de s'assurer de la perméabilité du pelvis, soit par l'examen externe, soit par le toucher.

Quelle méthode emploierons-nous maintenant dans le cas où l'accouchement rapide est absolument nécessaire et où l'orifice n'est que incomplètement ouvert ? Cela dépendra des circonstances.

L'écarteur de Tarnier est difficilement supporté par la femme. Son emploi est peu répandu. Les résultats sont médiocres et la déchirure du col fréquente.

La dilatation par le procédé de Bossi (en faveur en Italie et en Allemagne) est un procédé aveugle, brutal, qui fait éclater le col pour le dilater.

Les incisions superficielles ou profondes de Dührssen recommandables dans certains cas, lorsque le col est effacé, peuvent amener des dangers considérables par rupture, hémorragie et infection, parce qu'elles ne sont pas suturées plan par plan.

Reste l'excellente méthode bimanuelle de Bonnaire qui ne pourra être pratiquée avec efficacité que sur un col souple, facilement dilatable, chez les multipares par exemple lorsque le travail est déjà bien commencé.

Maintenant que nous avons énuméré les différents procédés d'accouchement méthodiquement rapide, il nous sera plus aisé de voir quels seront les avantages énormes que nous pourrons obtenir par la césarienne vaginale, dans les diverses circonstances capables de réaliser des indications formelles.

Quelles sont ces indications ? A quel moment sera-t-il légitime de recourir à la césarienne vaginale ?

I. *Éclampsie*. — La césarienne vaginale sera déterminée par l'âge de la grossesse, la viabilité de l'enfant,

l'état de la mère et la parité. Si le fœtus est bien développé (courant du neuvième mois), si les accès sont fréquents, le coma intense, les urines rares, il faut évacuer l'utérus le plus rapidement possible. Ce sera le salut pour la mère et l'enfant ; le travail lent, l'aggravation de la mère, l'enfant vivant et souffrant seront une indication formelle d'intervention. Comment intervenir ? Dans ce cas, l'accouchement doit être rapide, même plus, il doit être précipité. La dilatation avec les ballons de Champetier de Ribes est trop lente, ou bien le fœtus peut être engagé et une certaine difficulté de placement des ballons s'ensuit. L'écarteur peut être aussi difficilement mis en place chez une femme atteinte de convulsions. C'est moins un dilatateur qu'un excitateur des contractions utérines. Sa lenteur relative est son principal défaut, dans des cas où il faut agir vite.

La méthode de Bonnaire, pour être rapidement réalisée, nécessite du côté du col des conditions de dilatabilité déjà bien dessinées ; elle échoue, comme nous l'avons dit plus haut, contre les cols non effacés, contre les segments inférieurs mal formés ou rigides.

La césarienne abdominale semble être l'opération idéale. Mais on hésite à entreprendre une laparotomie dans de si mauvaises conditions. Le shock post-opératoire serait fatal. Routh, en Angleterre, la trouve rarement justifiée dans ce cas. La statistique de Löwenstein est peut-être concluante : 3 observations (le décès de la mère a été constaté 3 fois, le décès de l'enfant 2 fois).

L'opération de choix paraît être alors la césarienne vaginale. Brindeau a rapporté quelques observations avec des résultats heureux pour la mère et l'enfant. En Suède, M. Kr. Brandt (*Norsk Magazin for Lægevidenskab*, n° 9, 1909) rend compte de 12 cas de césarienne

vaginale contre l'éclampsie : 2 enfants moururent deux jours après la naissance ; 2 autres étaient morts avant l'opération. Trois des mères eurent des accès convulsifs après l'opération, et deux seulement un accès.

Hauch (*Obstétrique*, 1910) cite le chiffre formidable de 105 observations. Il nous reste à signaler que la césarienne vaginale est aussi pratiquée avec succès en Amérique dans la période pré-éclamptique (*The Journal of American Medical Association*, R. Peterson, vol. LXI, n° 1, 7 juin 1911).

II. *Placenta prævia*. — Dans ce cas le grand danger de l'intervention est l'hémorragie qui peut être abondante, étant donné la situation basse du placenta. La césarienne vaginale n'est à conseiller pour Bar que dans les insertions postérieures avec petit fœtus. Dans la majorité des cas, elle est aussi mauvaise que les incisions profondes du col (*The American Journal of Obstetrics*. Alice W. Tallant, février 1917). On n'y aura recours qu'à toute extrémité, en désespoir de cause, après avoir essayé les divers procédés courants et lorsqu'on trouve les membranes rompues depuis longtemps. Au moment de poser les indications opératoires, après l'échec ou l'impuissance des méthodes obstétricales, l'infection n'étant pas à craindre, on s'adressera à la césarienne abdominale, conservatrice alors que tout se passe comme il a été prévu (utérus sain, absence de cause pathologique), quelquefois mutilante, quand un événement prévu ou imprévu fait envisager la nécessité de la mutilation.

III. *Décollement prématuré du placenta normalement inséré*. — Quand ce décollement est assez vaste, il se

produit une hémorragie interne, rétro-placentaire grave, qui met en danger rapide la vie de l'enfant et compromet celle de la mère ; c'est dire que tout traitement doit être aussi rapide et aussi énergique que possible. Il consiste d'une façon générale à évacuer l'utérus dans le délai minimum. Mais comment y parvenir ? Cela dépend du moment de la puerpéralité et des circonstances. Il ne faudra guère compter sur la rupture prématurée des membranes, qui a été conseillé par Barnes, Tarnier, Pinard. C'est un procédé dangereux et qui prédispose à l'infection. Il s'agit, comme nous le disions, de vider l'utérus. Or comment est l'utérus dans ce cas ? Il est rétracté ; il est aussi dur que du bois. Essayerons-nous de pratiquer la dilatation au moyen des ballons, du dilatateur de Bossi, de manœuvres manuelles ? Evidemment la réponse doit être affirmative, mais le résultat peut être tout à fait médiocre car le col est rigide. Comme d'autre part l'hémorragie abondante prédispose la femme à l'infection, il est juste d'éliminer la césarienne abdominale qui provoquerait de plus un shock post-opératoire intense chez une femme anémiée, et de voir en la césarienne vaginale l'opération de choix (Brindeau, Fabre).

Nous citerons pour mémoire deux cas de décollement de placenta, rapportés à la réunion obstétricale de Lyon en février 1910, par Fabre et Gonnet, et qui, malgré une thérapeutique différente (dilatation bimanuelle, césarienne vaginale, se sont terminés par une issue fatale.

Brandt cite un cas et une guérison pour la mère et l'enfant ; Lévy 9 cas et 9 guérisons. Les résultats paraissent avoir été moins bons à la suite de la césarienne abdominale : Bar a observé 7 cas et 4 guérisons.

IV. *Rigidité anatomique du col. Dureté et inextensibilité des tissus.* — C'est l'indication idéale de l'intervention. De cette façon, chez une primipare âgée, à la ménopause, on pourra extraire un enfant vivant, sans faire courir à la femme des risques d'infection par laparotomie. Wallich et Couvelaire ont obtenu des résultats heureux.

V. *Procidence du cordon.* — Le cordon comprimé empêche la libre circulation sanguine, le fœtus souffre et perd son méconium. Retenons de ceci que le liquide amniotique sera infecté. Quand la réduction manuelle ou instrumentable aura échoué, il faudra considérer d'autres moyens de rapide évacuation. La césarienne abdominale ne sera pas envisagée, car les risques d'infection seraient trop grands. La dilatation par ballons, par manœuvres manuelles sera possible et devra être tentée, mais quelquefois elle sera difficile et dangereuse. La main introduite pour dilater ainsi que les ballons pourront souvent accentuer la compression du cordon (Budin) ou se substituer à la tête fœtale pour comprimer l'anse procidente.

Par contre, la césarienne vaginale permettra de décompresser immédiatement le cordon, ce qui est indiqué pour sauver l'enfant qui risque de s'asphyxier si la compression dure trop longtemps ou est complète.

Sur 5 observations recueillies par M. Neveu (procidence du cordon et césarienne vaginale, 3 nov. 1909, Ollier-Henry, édit.), les résultats ont été favorables pour toutes les mères ; un enfant seulement a succombé.

Sur 7 observations de césarienne classique abdominale pour procidence du cordon rapportée par M. Gabory

dans sa thèse de Paris de 1910, il y eut deux enfants morts.

VI. — *Insertion vélamenteuse du cordon.* — En l'occurrence, les complications sont exceptionnelles pendant la grossesse; il n'en est pas de même pendant le travail où l'on peut observer des complications rares, il est vrai, mais beaucoup plus graves pour la vie du fœtus. L'enfant peut en effet succomber soit par asphyxie, soit par hémorragie. La tête, poussée par les contractions utérines, peut comprimer les vaisseaux et l'asphyxie se produit par le même mécanisme que dans la mort par compression du cordon (Lefèvre-Brindeau). Le diagnostic étant fait (en explorant la poche des eaux, on sent au niveau des membranes un ou plusieurs cordons flexueux, animés de battements), on devra ausculter avec soin les bruits du cœur, de façon à terminer l'accouchement dans le délai minimum. Dans ce cas, en pratiquant la césarienne vaginale (après essai et échec des manœuvres manuelles), nous agirons immédiatement et nous procéderons à l'extraction rapide.

VII. *Infection amniotique.* — Quand les membranes sont rompues depuis de longues heures, le liquide amniotique qui s'écoule à la vulve devient trouble, purulent et fétide. Que la température s'élève, qu'un frisson se déclare, il faut le plus rapidement possible évacuer l'utérus. Mais la situation se présente sous un aspect bien différent suivant que la dilatation est complète ou incomplète. Et, dans ce dernier cas, il faudra évidemment essayer les moyens ordinaires d'accouchement rapide, en se souvenant qu'il importe de procéder avec plus de

douceur que jamais, de façon à ne pas créer de plaies cervicales par lesquelles l'infection intra-utérine gagnerait aisément le périmétrium. La nécessité d'agir vite, très vite, d'une part, la possibilité d'érailler le col et les tissus et de provoquer une infection généralisée, d'autre part, ne sont-elles pas deux conditions essentielles, pouvant engager un accoucheur averti, dont l'éducation chirurgicale est complète, à entreprendre une césarienne vaginale ?

VIII. *Femme morte ou agonisante à la suite d'un traumatisme accidentel, d'une maladie générale, tuberculose, cardiopathie, etc.* — Quand le col ne se prête pas à une dilatation suffisante, la césarienne vaginale paraît mieux indiquée que la césarienne abdominale classique. Elle alarme moins l'entourage et, dans les cas fort possibles de mort apparente, les suites de la césarienne vaginale seraient moins graves que celles de la césarienne classique car la cavité péritonéale ne serait pas ouverte et touchée, ce qui éloignerait les dangers d'infection (Observations Brindeau, *Bull. de la Soc. d'obstétrique de Paris*, 1906, p. 287; Jeannin, *Bull. Soc. d'obst. de Paris*, 1909, p. 406).

IX. *Contre-indications.* — Les bassins viciés (aplatis ou rétrécis) sont une contre-indication formelle de la césarienne vaginale.

La rigidité pathologique due, soit à l'hypertrophie, soit à une tumeur, soit à un processus cancéreux, ne sera guère justiciable de cette méthode. Dans le cancer du col, il est à craindre d'une part que les tentatives de dilatation manuelle ou instrumentale ne fassent courir les risques d'une rupture utérine. D'autre part, les in-

cisions vaginales ne peuvent être limitées dans un tissu infiltré. En définitive, que le néoplasme soit opérable ou inopérable, l'intervention abdominale, suivie ou non de l'hystérectomie totale ou de l'opération de Porro, paraît être actuellement l'orientation des chirurgiens français.

Enfin, il n'est pas indiqué de pratiquer la césarienne vaginale pour lutter contre une rigidité cicatricielle cervicale, une rigidité syphilitique étendue, par exemple. Une sclérose même épaisse du col et du segment inférieur se laisse bien inciser, tout au moins en résistant ; mais non seulement elle ne permettrait pas une suture bien exacte des tissus, une coaptation parfaite, mais encore la plaie utérine pourrait s'étendre et ne jamais être suivie de cicatrisation. Les poches infectieuses se formeraient pour persister longtemps et entraîner peut-être une septicémie généralisée post-opératoire. A tout prendre, mieux vaut dans ce cas la voie abdominale.

Voici trois observations de césarienne vaginale, dues à l'extrême obligeance de M. le professeur agrégé P. Delmas :

OBSERVATION I

(P. Delmas)

Opération césarienne vaginale avant le terme après insuccès des moyens provocateurs de l'accouchement dans un cas de bassin rachitique aplati.

Une secundipare de 27 ans entre à la Maternité dès le début du huitième mois de sa grossesse dans l'espoir

d'obtenir, à l'aide d'une conduite thérapeutique appropriée, un enfant vivant que sa conformation anormale ne lui permet guère d'espérer d'un accouchement spontané à terme.

De l'interrogatoire il résulte, en effet, que cette femme, élevée surtout au biberon, et dont les premiers pas datent à peine de la seconde année, a eu, il y a cinq ans, des couches très laborieuses. Après un travail infructueux qui a duré trois jours, une application de forceps sur une présentation de la face n'a pu donner qu'un enfant mort.

L'examen en donne promptement la raison : il s'agit d'un sujet de fort petite taille (1^m.40 seulement) et présentant entre autres stigmates de rachitisme une voûte palatine ogivale, de vilaines dents irrégulièrement implantées et un thorax très bombé où se trouve le chapelet caractéristique.

Par le toucher, que la cavité de l'excavation rend des plus faciles, la courbure de l'arc antérieur est perçue redressée, décelant ainsi un aplatissement du détroit supérieur dont la mesure est donnée par un diamètre promonto-sous-pubien de 10 centimètres ; le sacrum est fortement concave.

D'autre part, la hauteur de l'utérus a 31 centimètres au-dessus de la symphyse, et la date des dernières règles montre qu'il s'en faut encore d'un mois pour que la femme soit à terme. Le palper permet de reconnaître une présentation de la face en position droité, mobile au-dessus du détroit supérieur. En raison du degré de la pelviviciation qui est de 8 cm.5 pour le diamètre utile, je décide l'interruption artificielle de la grossesse, et le 11 octobre, à 11 heures du matin, une bougie de Krause est introduite à grand-peine dans l'utérus, tant est ac-

eusée la sténose cicatricielle du col. Dans les 2 heures qui suivent, quelques contractions apparaissent bien, mais elles sont peu intenses, très espacées et n'agissent aucunement sur le col qui conserve toute sa longueur.

Quarante-huit heures après, la situation n'ayant pas changé, la bougie est retirée et, le doigt ayant été introduit non sans difficulté dans le col, il est procédé au décollement du pôle inférieur de l'œuf, puis une seconde bougie est mise en place ; 12 heures après, comme le travail ne fait aucun progrès, une autre bougie est introduite à côté de la précédente. Mais les quelques contractions qui apparaissent sont toujours inopérantes.

J'essaie alors la médication hypophysaire. Par trois fois successivement, 1 cent. cube d'extrait est injecté sous la peau de la cuisse et à 2 heures d'intervalle chaque fois. Certes, le produit fourni par l'une des maisons les plus justement réputées de produits opothérapiques ne se montre pas inactif, comme en témoignent l'accroissement de la tension vasculaire, le ralentissement du pouls, la modification des pupilles, les nausées et les mictions qui suivent chaque piqûre. L'action sur la contraction utérine, ici encore, est à peu près nulle. Le col est toujours dur, rigide, enserrant les bougies de près.

Cependant, dans la nuit du troisième jour, les membranes se rompent spontanément. En dépit des soins d'asepsie habituellement usités, dès le matin du 3^e jour le pouls s'accélère au-dessus de 100 pulsations à la minute, la température est aux environs de 38° et l'auscultation montre d'indiscutables signes de souffrance du côté du fœtus.

Ainsi donc, même en faisant abstraction de l'indication fournie à l'interruption de la grossesse par le degré

de la pelviviciation, l'infection amniotique impose à bref délai la terminaison rapide de l'accouchement.

Quelle conduite tenir ? Passer par la voie haute, même en extériorisant l'utérus hors du ventre sur un lit de compresses, comme nous en avons coutume, paraît bien hasardeux, puisque la cavité de l'organe est sûrement infectée. Reste donc la voie basse, sauf que l'invincible résistance du col ne permette de songer à son ouverture purement obstétricale par une manœuvre de Bonnaire ou une application de ballons, apparues comme bien dangereuses pour l'intégrité de l'organe, sinon impossibles.

Nouveau nœud gordien. L'obstacle mou ne peut être franchi que par la section, et c'est pour une opération césarienne vaginale de Dührssen que je me décide. Je l'exécute sur-le-champ.

La malade mise en position obstétricale et les réservoirs soigneusement vidés, les voies génitales sont désinfectées ; la narcose étant obtenue par l'éther goutte à goutte, col, vagin et cul-de-sac sont barbouillés de teinture d'iode dédoublée. Une valve courbe qui déprime le périnée expose le col qui est saisi aux deux extrémités de son diamètre transverse par deux pinces de Museux auxquelles une bougie de Hégar a dû faire place au préalable.

Dans un premier temps, à l'aide de ciseaux courbes, alors que l'aide attire fortement le col en bas, je procède à une colpotomie antérieure par section transversale de 5 centimètres à l'union du col et du vagin. Cette incision, dont la tranche donne une hémorragie en nappe assez abondante, permet, à l'aide d'une compresse, l'isolement soigneux du segment inférieur d'avec la vessie. Ce temps opératoire est d'ailleurs beaucoup plus laborieux que ne

le sont d'habitude les manœuvres de cliyage autour de l'appareil génital, rendues d'ordinaire si ardues du fait de la grossesse. Ce décollement terminé, vessie et tranche vaginale antérieure sont chargées vers la symphyse au moyen d'une valve. A l'aide des ciseaux droits, col et segment inférieur, bien exposés par la traction divergente des pinces de Museux, sont incisés bien sur la ligne médiane, sur une hauteur de 10 centimètres, jusqu'au cul-de-sac antérieur qui n'a pas été ouvert.

Le second temps comporte une incision du côté du versant postérieur de l'utérus. A cet effet, l'aide ayant relevé la traction de ses pinces sur le pubis, le cul-de-sac postérieur est exposé et une colpotomie symétrique de la précédente exécutée à ce niveau. Même décollement à la compresse qui isole le segment inférieur du rectum, mais sur une hauteur moindre, 7 centimètres environ, de manière à respecter le cul-de-sac de Douglas, puis hystérotomie postérieure.

L'acte chirurgical est alors interrompu pour faire place aux manœuvres qu'il a rendues possibles par les voies naturelles ainsi agrandies. Au lieu d'un col infranchissable, l'utérus se continue largement avec le vagin par une brèche sagittale limitée sur les côtés par deux valves en mitres renversées.

A travers cet orifice dont les abords sont débarrassés des valves et des pinces de Museux, la main va déplacer la présentation, exécute avec facilité une version par manœuvres internes, suivie sans désemparer de l'extraction que termine, au passage de la tête dernière, une manœuvre de Champetier de Ribes.

Le nouveau-né, du sexe féminin, est en état d'apnée, mais le cœur bat. L'insufflation bouche à bouche et quelques flagellations sont nécessaires pour le ranimer.

Son état doit moins être interprété comme mort apparente que dans le sens d'une anesthésie secondairement réalisée par l'intermédiaire de la circulation placentaire. L'enfant, qui mesure 49 centimètres et pèse 2.800 gr., a déjà un pariétal de 9.

Séance tenante, je procède à la délivrance artificielle aussitôt suivie d'une injection intra-utérine iodée. L'utérus complètement évacué, reste à établir la continuité des tissus sectionnés : méthodiquement, la région exposée avec les valves et les pinces de Museux, l'incision antérieure est restaurée au catgut en points séparés de centimètre en centimètre, le point le plus profond excepté, qui comprend dans un surjet la barre transversale du T. Après semblable réfection du versant antérieur de l'organe, bien que l'hémostase soit parfaite, une bande de gaze stérile est lâchement passée dans le segment inférieur d'abord, le vagin ensuite. *L'intervention a duré 30 minutes en tout.* Le pansement est enlevé définitivement le lendemain. Les lochies devenues malodorantes au 5^{me} jour, quelques injections vaginales antiseptiques sont données une semaine durant. Une quinzaine après, l'état du col est vérifié. Au toucher, la *restitutio ad integrum* est parfaite, et deux cicatrices linéaires mais souples rappellent seules l'acte opératoire subi par la malade.

OBSERVATION II

(P. Delmas)

Une opération de Dührssen à la campagne

Un de mes confrères de l'extérieur me téléphone, dans le courant du mois de février, qu'il vient d'être appelé auprès d'une éclampsique. En dépit du traitement médical qu'il a aussitôt institué, l'état de sa cliente s'aggrave d'heure en heure, il pense donc que l'évacuation rapide de l'utérus s'impose et me demande de lui prêter mon concours à cet effet. Je pars aussitôt avec un arsenal restreint, comptant bien procéder aisément à un accouchement méthodiquement accéléré à l'aide d'un ballon de Champetier.

La malade auprès de laquelle je suis introduit est une robuste primigeste de 23 ans, entrée en travail le jour même. Dès les premières douleurs, les manifestations convulsives de l'éclampsie ont apparu. Alors seulement et pour la première fois on fait appel au médecin. Il trouve un sujet démesurément enflé, chez lequel les accès se succèdent ; dans leur intervalle la malade est dans le coma, pouls tendu, vibrant, respiration bruyante, facies onctueux, urines rares et chargées en albumine. La température s'élève. Lavement purgatif, saignée copieuse et inhalations de chloroforme se sont montrés inopérants.

Je me dispose donc à dilater le col, encore long et résistant. Mais, le ballon introduit, je m'aperçois aussi-

tôt que sa résistance sera longue à vaincre et l'auscultation du cœur fœtal fait entendre des bruits sourds, irréguliers et ralentis. En milieu hospitalier l'opération césarienne classique me paraîtrait d'autant plus indiquée, que la poche des eaux est encore intacte. Ici, comment songer à la réaliser d'urgence dans un intérieur des plus modestes, alors que mon instrumentation est réduite au seul bagage obstétrical !

Invinciblement l'opération de Dührssen se présente à mon esprit comme une ressource unique dont je n'ai pas le droit de ne pas faire bénéficier la patiente. La décision, une fois prise et formulée, est acceptée par l'entourage et, sous anesthésie générale par l'éther goutte à goutte, j'interviens sans désespérer.

La technique opératoire ne présente rien de spécial quant à la libération successive des deux versants du segment inférieur et leur section médiane. *Tout l'intérêt de l'acte se trouve reporté sur la pénurie de l'instrumentation : valve vaginale et pince de Museux prévues pour la manœuvre du ballon et ciseaux droits destinés à la section du cordon.*

Cependant l'intervention se poursuit avec aisance et simplicité, j'opère vite sur un segment à peu près exsangue, admirablement éclairé à ciel ouvert, grâce au ballon de Champetier qui l'abaisse et l'expose d'autant mieux à la vulve qu'une épisiotomie préalable a fait disparaître la gêne qu'entraîne l'œdème très accusé de la vulve. En quelques minutes l'utérus est ouvert et une application de forceps ramène un gros garçon étonné, qui a expulsé son méconium. Le traitement persévérant de la mort apparente finit par le ranimer.

Il serait sans intérêt d'insister sur la fin de l'accouchement et de l'intervention. Qu'il suffise de dire que

deux crises seulement ont suivi, atténuées toutes deux, l'évacuation de l'utérus. Dès le lendemain, la femme sortait du coma, les urines redevenaient abondantes, la température tombait à la normale. Actuellement, m'écrit notre confrère, la mère vaque à ses occupations et l'enfant, qu'elle allaite, prospère chaque jour davantage.

OBSERVATION III

(P. Delmas. — Observateur : M. Roume, interne à la Maternité)

Césarienne vaginale in extremis chez une éclamptique

G... M..., 26 ans, épouse V..., ménagère, née à L... (L...), demeurant à Montpellier. Entrée le 7 septembre 1919 à la Maternité, vers 19 heures.

Antécédents héréditaires. — Père en bonne santé. Ont été dix enfants vivants. Deux décédés : un en bas âge, un tué à la guerre.

Antécédents personnels. — Mariée depuis 1913. Mari bien portant.

A eu dans sa jeunesse la rougeole. A présenté de temps à autre des crises d'allure hystériforme.

Déjà venue à la Maternité de Montpellier en août 1914.

Accouchement normal. Pas d'albumine dans les urines.

Actuellement serait enceinte de six mois environ (d'après les dires du mari). Ses parents l'amènent à l'hôpital parce que depuis deux jours elle présente des accès convulsifs, dont la fréquence et l'intensité vont en croissant. Son mari les décrit ainsi : « Brusquement la

malade est prise d'une violente agitation ; elle geint, grince des dents. Il faut la maintenir au lit. Ceci dure 3 à 5 minutes. Elle a eu 6 ou 7 accès dans la nuit. Le lendemain les mêmes phénomènes se reproduisent pour devenir très fréquents. »

Le mari dit n'avoir rien remarqué les jours précédents. Sa femme ne se serait plaint de rien et aurait fait son ouvrage comme à l'ordinaire.

Aspect général : A son entrée, la malade est dans un état comateux. Elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Par moments elle est assoupie ; à d'autres moments elle est dans une agitation extrême. Il faut la maintenir au lit (grands mouvements désordonnés des bras). Elle serre les mâchoires et grince des dents.

Palpation abdominale : hauteur utérine, 18 centimètres environ.

Auscultation fœtale positive. Bruits bons à gauche, au-dessous de l'ombilic.

Température, 38°1. Pouls, 84.

Tension au sphygmomanomètre Potain < 13 cm. Hg.

Cœur et poumon : rien à signaler.

Analyse des urines faite le 7 septembre : présence d'albumine, pas de sucre.

Les accès qui ont été observés ont été au nombre de 25, du 7 septembre 23 h. 20 au 8 septembre 4 h. 55 ; la température a varié entre 38°8 et 39°1. A 7 heures du matin, température 38°5. Pouls 108. A 16 heures, température 38°8. Pouls 120. Le cathétérisme de la vessie donne 60 gr. d'urine. A 20 heures, injection de sérum glycosé et lavement de chloral.

Le 9 septembre à 6 heures, saignée de 300 grammes et sérum glycosé. A 16 heures, lavement purgatif. Le 10

à 8 heures, saignée et sérum glycosé. Laboratoire : urée de sérum, 0 gr. 95 par litre.

10 septembre à 9 heures. Césarienne vaginale.

Malade placée en position obstétricale. Pas d'anesthésie, vu son état général. Colpotomie antérieure ; col et segment inférieur incisés sur la ligne médiane après refoulement de la vessie ; afin de pousser plus loin le dégagement, colpotomie postérieure et incision du col sur la ligne médiane. Les deux lèvres de la plaie sont éversées par des pinces. Extraction du fœtus à la main après décollement et incision de l'œuf. Délivrance artificielle. Le fœtus, du poids de 600 gr., a vécu quelques minutes. Sutures au catgut. La femme est reportée au lit. Sérum. Huile camphrée. Le poulx devient petit, imperceptible. La malade meurt sans avoir repris connaissance vers 16 heures.

CONCLUSIONS

1° Pour la majorité des accoucheurs français, la césarienne vaginale est actuellement une opération qui donne de bons résultats pour la mère et l'enfant; dans la plupart des cas, elle peut être considérée comme une opération sans danger pour la mère à condition qu'elle soit exécutée par un spécialiste, chirurgien éprouvé et éduqué à la technique des interventions gynécologiques.

2° Elle est indiquée dans les cas où, le bassin ayant ses diamètres normaux, il existe une dureté des parties molles et du col utérin, offrant une certaine résistance à la dilatation bimanuelle de Bonnaire.

3° Elle présente une supériorité énorme sur la césarienne abdominale classique lorsqu'il s'agit d'intervenir chez une femme infectée ou incapable de supporter le moindre shock post-opératoire.

4° Elle alarme moins l'entourage et peut de plus, dans certains cas d'extrême urgence, être exécutée sim-

plement au moyen de l'instrumentation obstétricale (ciseaux, ballons, aiguilles de Doyen).

5° Elle peut entraîner des complications qui forceront la main de l'opérateur, le contraindront à pratiquer sur-le-champ une hystérectomie totale ou subtotale suivant les cas.

6° Il aurait été intéressant de connaître l'avenir obstétrical des femmes ayant subi la césarienne vaginale. Il est très difficile d'avoir sur ce point des renseignements précis. On ne peut admettre à priori que ces femmes n'aient rien à craindre pour les grossesses ou accouchements ultérieurs. Sans doute il existe des cas où ce dernier fut simple et facile, mais ils sont actuellement trop peu nombreux pour qu'on puisse porter un jugement.

En résumé, cette opération mérite d'être pratiquée d'une façon courante pendant la grossesse ou le travail, dans les cas d'éclampsie, de décollement prématuré du placenta normalement inséré et de rigidité anatomique du col. Dans les cas de placenta prævia, il existe plusieurs bons moyens pour arrêter l'hémorragie, de sorte que cette opération ne sera pratiquée là qu'exceptionnellement.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 5 mai 1920.

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 4^{er} mai 1920.

Pour le Doyen :
Le Professeur délégué,
TÉDENAT.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
